مقياس تشخيص

اضطـــراب الذاتويـــــة

من وجهة نظر المعلم

(صورة المعلم)

دليـــــل المقيـــــاس

إعـــــداد

أ.د./ فيوليت فؤاد إبراهيم
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية-جامعة عين شمس

د / سميرة أبو الحسن عبد السلام
أستاذ الإرشاد النفسي المساعد
جامعة القاهرة

تـــوزيـــع
مكتبة الأنجلو المصرية
١٦٥ ش محمد فريد – القاهرة

مقدمة:

يأخذ النمو الإنساني نسقاً منتظماً ومتوقعاً تحكمه مبادئ ومحددات مـــن داخـــل الطفل النامي كما تتمثل في العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية والثقافية وغيرها مـــن مؤثرات. لذا يتصف النسق النمائي بعمليات من التوازن ، وذلك نتيجـــة لمـــدى التفاعـــل والتوافق في مرحلة عمرية معينة وما يميزها من تغييرات نمائية مع البيئة.

لذا تعد الطفولة مرحلة نمائية أكثر عرضة واستهدافاً للاضطراب ولكن قـــد لا يحدث انسجام بين العوامل سابقة الذكر مما يجعل الطفولة عرضـــة لنمـــو أشـــكال مـــن المشكلات والمظاهر التي تنحرف عن معايير النمو العادي. وهذه الانحرافات تأخذ أشكالاً مختلفة مـــن الاضـــطرابات الارتقائيـــة Developmental Disorders كـــالعجز الارتقـــائي Development Disabilties .

وحيث يعرفها القانون العام الأمريكي رقـــم (PL.94 – 103) بأنهـــا عجـــز أو نقص قدرة يتميز بأنه يظهر في السياق النمائي للطفل. وأن تشكل اضطراباً أو تـــأخراً أو إعاقة للفرد تنعكس على توظيف إمكاناته في مجالات مختلفة من نموه، وكما تظهر فـــي نقص المهارات الجسمية الحركية، والمهارات العقلية المعرفية، والمهـــارات الاجتماعيـــة ومهارات التواصل، والجوانب الانفعالية والمزاجية والأنماط السلوكية كمـــا تتحـــدد فـــي زملات مميزة من تجمعات من هذه الأعراض وفقاً لنمط الاضطراب الارتقائي. وتمثـــل الذاتوية الطفلية، وقد تسمى أيضاً بالتوحديـــة والاجترار يـــة Childhood autism أو Infantile Autism الفئة الأساسية الأكثر دلالة في تقديم صورة كلينيكية تعبر عن طبيعة الاضطراب الارتقائي الشامل وعن مظاهره وأسبابه، وكـــذلك عـــن أدوات التـــشخيص وأساليبه.

والله ولي التوفيق،،،

أ.د. فيوليت فؤاد إبراهيم

د. سميرة أبو الحسن عبد السلام

أولاً: الجزء الأول: مدخل نظري ودراسات سابقة

الاضطرابات الارتقائية الشاملة

Pervasive Developmental Disorders

الذاتوية

الخلفية النظرية للمقياس

يعد الاضطراب الذاتوي اضطراباً نمائياً شاملاً وحاداً يظهر في شكل زملة أعراض سلوكية يميزها قصور معرفي لغوي اجتماعي شديد يظهر ما بين (٣٠-٤٢ شهر من العمر) ويتصف الأطفال الذاتويين بالانطواء على أنفسهم، وتبلد المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية وهذا الاضطراب بين الأطفال يتراوح من أربع إلى خمس أطفال بين كل عشرة آلاف طفل.

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذاتوية: بأنها اضطراب نمائي شامل يعرف من خلال القصور المصاحب في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وانحراف التواصل والأنماط السلوكية التكرارية المحددة، على أن يظهر الاضطراب الوظيفي في مناطق التواصل الاجتماعي واللغوي والجوانب السلوكية قبل سن ثلاث سنوات. (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة) DSM – IV وفقاً لقانون الدولة الفيدرالي للتربية الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية والمسمى "بقانون تربية الأفراد ذوي الإعاقات (The Individuals with Disabilities Education ACT 2004 IDEA) وعلى ذلك فإن كل أنماط اضطرابات طيف الذاتوية تصنف تحت مصطلح واحد، وهو اضطراب الذاتوية ووفقاً لهذا القانون يعرف اضطراب الذاتوية بأنه "إعاقة نمائية تؤثر بشكل واضح على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وتظهر عادة قبل سن ثلاث سنوات، مما يؤثر بصورة سالبة على أداء الطفل التعليمي، وهناك بعض السمات التي غالباً ما تكون مرتبطة باضطرابات طيف الذاتوية وتتمثل في الانشغال بأنشطة تكرارية وحركات نمطية، ومقاومة التغير البيئ أو التغير في الأنشطة الروتينية المعتادة واستجابات غير عادية للخبرات الحسية، ولا ينطبق هذا المصطلح إذا كان التأثر السلبي لأداء الطفل التعليمي

يرجع إلى وجود اضطراب انفعالي لدى الطفل (بيير أنجلو، وحيوليـاني Pieranglo & Giuliani، ٢٠٠٨)

وقد عرفته الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال الذاتويين

National Society of Autistic Children (NSAC)

بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل ٣٠ شهراً من العمر ويتضمن اضطرابا في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطرابا في التعلق والانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

كما عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي

American Psychiatric Association (APA)

بأنه اضطراب يشمل الجوانب النمائية الثلاثة التالية الكفاءة الاجتماعية، التواصل، اللغة والسلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات.

ويعد كانر Kannar هو أول من أشار إلى الذاتوية كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك سنة ١٩٤٣ ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة لهذا الاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكرة Early Infantile autism أو Early Childhood Autism ذهان الطفولة، Childhood psychosis Development Atypical نمو غير سوي ونمو أنا غير سوي Atypical Ago Development

ولا شك إن هذه التسميات المختلفة تعكس التطور التاريخي للذاتوية واختلاف اهتمامات وتخصصات المهنيين المهتمين بهذا الاضطراب. بالإضافة إلى ذلك فإن استخدام عدد من التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارقي للذاتوية.

فمن الناحية التاريخية، استخدم مصطلح الذاتوية في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عُرّف بالفصام وفي ذلك الوقت كان يستخدم الذاتوية كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصاميين. ثم بعد ذلك فإن هذا المصطلح أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب بأكمله.

ويمثل اضطراب الذاتوية Autism أحد الاضطرابات التي لم تنل حظها الكافي من البحث والدراسة على المستوى المحلي، وإن كان يحظى هذا الجانب بكم لا حصر له على المستوى العالمي منذ أن أدخل كانر Kanner (١٩٤٣) هذا المصطلح إلى المجال البحثي، فتم إنشاء مراكز وجمعيات متعددة تختص بالدراسة المنظمة له، باحثة عن أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه ومحاولة تحسين وتنمية قدرات الأفراد الذاتويين، وتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المختلفة لهم ولأسرهم، وذلك لمساعدتهم على الاندماج في المجتمع (عادل عبد الله، ٢٠٠٠ – ١: ٤).

ويذهب هيربرت إلى أن الذاتوية اضطراب في النمو يحدث قبل سن ثلاث سنوات ويظهر من خلال الضعف في ثلاث مجالات هي: تبادل التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الأقران والمحيطين، بالإضافة إلى تكرار السلوك النمطي (هيربرت Herbert، ١٩٩٨: ٢٢).

ويؤكد دنهام على أن الأطفال الذاتويين لا ينظرون إلى الآخرين ولا يلتفتون إليهم ولا يلفتون انتباههم إلى إنجازات الآخرين (دنهام Denham: ١٩٩٨: ١٩٢) وهذا يعني أن تشخيص الذاتوية يقوم على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الفرد، وأنه ليس مرضاً عضوياً فالأسباب التي تقف وراء هذه الزملة من الأعراض ليست معروفة حتى الآن، وقد تم تحديد مدى ونسب انتشار الذاتوية من خلال محك تشخيصي يعتمد على عدد من السمات، التي تميز الأطفال الذاتويين عن غيرهم من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات متشابهة.

وتحدد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV عدداً من المحكات يمكن من خلالها تشخيص الأطفال الذاتويين وتميزهم عن غيرهم من الأطفال الدين يعانون من اضطرابات مشابهة وهذه المحكات تمثل قصوراً في مجموعة من الجوانب تشمل التفاعل الاجتماعي الذي يظهر في قصور السلوكيات غير اللفظية مثل النظر بإمعان في عين الآخرين وتعبيرات الوجه وأوضاع الجسم والإيماءات المألوفة للتفاعل الاجتماعي والإخفاق في بناء علاقات مع الرفاق تتناسب مع مستوى النمو وتجنب المشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو تحقيق مكاسب مع أشخاص آخرين ونقص التفاعل

الاجتماعي أو العاطفي والانشغال بالسلوك النمطي والضعف المتعلق بالتواصل (American psychiatric Association 1994, 57) وهذا يشير إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في الانتباه للمثيرات الهامة في البيئة، مما يؤدي إلى قصور في الاستجابة لهذه المثيرات.

وعلى ذلك يمكن تعريف الذاتوية على أساس أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتلعثم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه الخمس: وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لاخراجه من عالمه الخاص (Howlin, 1995, p. 31)

الاضطراب الذاتوي

وتعد الذاتوية هو أحد اضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorder التي تشمل إلى جانب الذاتوية متلازمة اسبرجر Aspersers syndrome ومتلازمة رت Rett's syndrome واضطراب الطفولة التفككي أو التحللي Childhood Disintegrative disorder واضطراب الطفولة غير المحدد Pervasive Developmental Disorder not other specified ((NOS) (3-7 Fred Volkmar 1998

ويشير أحمد عكاشة إلى أن هذه الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل يصاحب ذلك مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات (أحمد عكاشة ١٩٩٢: ٦٣٩) ومن أجل تحديد سبب أو أسباب محددة للذاتوية فإنه قد أجريت دراسات عصبية وبيولوجية وبيئية كان من

نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب محدد يؤدي إلى الذاتوية ولكن يعتقد أن خللاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي مسبباً من عوامل غير معروفة هو سبب الذاتوية وحديثاً فإن وصف السلوكيات والأعراض المرتبطة بالذاتوية تعتبر هي الأكثر أهمية في التعرف إلى الأشخاص الذين يعانون من الذاتوية، وبناء عليه فإن الذاتوية كاضطراب يعتبر متلازمة من الأعراض Syndrome.

وهناك الكثير من التعريفات التي أقترحت لتعريف متلازمة الذاتوية ولكن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال الذاتويين National Society for Autism children NSAC عام ١٩٧٨ هو الأكثر قبولاً بين المهنيين ويشير التعريف إلى أن الذاتوية اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً.

وأشار اورنتز ورتفو Ornitz & Ritvo إلى أن الذاتوية يجب التعرف عليها عن طريق ملاحظة السلوك. وهذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض التي تعكس شذوذ النمو وتتضمن هذه الجوانب: تنظيم الإدراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، السرعة في النمو. ومع أنهما لا يوافقان على أن الذاتوية يجب أن تعرف كمتلازمة سلوكية، إلا أنهما يضيفان أنه يجب اعتبارها مرضاً. إن هذا الاتجاه في اعتباره مرضاً يبرره أنه لا يوجد عرض لوحدة أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن. وأكثر من ذلك فإنه لا يوجد عرض أو مجموعة من الأعراض تعرف المرض وقد اقترحا أيضاً أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من الذاتوية بسبب اضطراب تنظيم الإحساس.

واقترح وارد Ward المحكات التالية لتشخيص الأطفال الذاتويين على الوجه التالي:

١- عدم الارتباط بالأشياء.

٢- ضعف استخدام اللغة والاتصال.

٣- المحافظة على الرتابة والروتين.

٤- ضعف في الوظائف العصبية.

كما اشار وارد إلى أن الكثير من الأشخاص الذاتويين لديهم أسباب عضوية.

كما أثبتت الجمعية الوطنية ١٩٧٨ تعريفاً اقترحه Ritvo & Free man على اساس أنه التعريف الأكثر قبولاً لدى المهنيين. ويتضمن هذا التعريف خصائص وصفات الشخص الذاتوي بأنه الذي يجب أن توجد لديه الأعراض التالية قبل ٣٠ شهراً من العمر.

١- اضطراب في سرعة النمو أو مراحله.

٢- اضطراب في الاستجابات للمثيرات الحسية.

٣- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

٤- اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات.

وعلى ذلك فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادرة عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي قدم تصنيفين للذاتوية الأول يسمى بالتوحد الطفولي بوجود الأعراض كاملة، والثاني التوحد الطفولي بالأعراض المتبقية والمحكات التشخيصية للتوحد الطفولي ذو الأعراض الكاملة وهي:

- بدء المرض قبل سن ٣٠ شهراً.
- عدم القدرة على الاستجابة للأخرين.
- اضطراب شديد في النمو اللغوي.
- أنماط كلام غريبة تحدث قبل تقليد الكلام المباشر، أو الضمائر.
- استجابات غريبة لأبعاد مختلفة من البيئة مثل مقاومة التغير، اهتمام غريب أو تعلق بموضوعات.

نسبة انتشار الذاتوية:

ويشير لينهارت Lainhart (١٩٩٩) إلى أن ما بين ٢٥-٣٠% من الأفراد الذاتويين يصابون بنوبات صرع في مرحلة البلوغ، ويعاني ٧٥% منهم من انخفاض في مستوى الذكاء العام، وحتى الأفراد ذوي الذكاء العادي أو المرتفع منهم قد يكون لديهم صعوبات في بعض القدرات الخاصة.

كما تشير نادية أديب (١٩٩٣) إلى أن الأفراد الذاتويين سواء أكانوا ذوي ذكــاء مرتفع أو منخفض بقدرات خاصة قد تفوق العاديين في بعض الأحيان فمنهم من يـستطيع العزف على آلة موسيقية بمهارة وبعضهم قادر على تعلم الأرقام والتعامل مع العمليــات الحسابية بشكل فائق وغير ذلك من قدرات خاصة (نادية أديــب ١٩٩٣، ١٦) وأصــبح الاهتمام بالذاتويين ضرورة ملحة بسبب ازدياد معدل انتشاره على مستوى العــالم، فقــد أشارت الجمعية الدولية للذاتوية إلى أن نسبة حدوث الذاتوية يقدر بحوالي (٤-٥) حالات لكل (١٠٠٠٠) ولادة بالنسبة للحالات الكلاسيكية، وتقــدر بحــوالي (١٧) حالــة لكــل (١٠٠٠٠) ولادة بالنسبة للحالات المرتبطة بالذاتوية والتي تتطلب خدمات شاملة، ورغم ذلــك مازالت الذاتوية حالة غامضة وتعتبر من أكثر الاضطرابات تعقيداً لأن أســباب حدوثــه لــدى الأطفال مازالت غير معروفة حتى الآن.(Aarons, Moureen & Gittens Tessa 1992: 18-19)

في حين يذكر براك وآخرون Burack et al (٢٠٠٢) أن دراسات علم الأوبئة في مجال الذاتويين تشير إلى ازدياد نسبة شيوع هذه الاضطرابات مقارنة بما كان عليــه في الماضي وتبرر هذه الدراسات ذلك بالفهم المتزايد لاضطراب الذاتويــة مــن حيــث التعريف والمحكات التشخيصية المعتمــدة ودقــة أدوات القيــاس والتــشخيص وتــوفر المتخصصين القادرين على القيام بمهمات التشخيص والتفرقــة بــين هــذا الاضــطراب والاضطرابات والإعاقات الأخرى التي تختلط أعراضها مع أعراض اضطراب الذاتوية.

ويشير السيد الكردي (٢٠٠٣، ص ١٢٣) إلى أن نسبة الإصابة للذاتوية عالمياً تقدر بــ ٥-٧ من كل عشرة آلاف مولود وقد تصل النسبة مع التوســع فــي الــصفات المصاحبة للذاتوية إلى حالة ذاتوية لكل ١٠٠٠ مولود كمــا يــشير شــيورمان وويبــر Scheuerman and Webber (٢٠٠٢، ص ١٢) إلى أن أكثر مــن مليــون ونــصف شخصاً بأمريكا يعانون من الاضطرابات الذاتوية. ونظراً لأن هذه الاضطرابات شــائعة جداً فإن الذاتوية تحتل المرتبة الثالثة كاضطراب نمائي شائع.

كما يشير (بوشيل وآخرون ٢٠٠٤ ص ١٦١) إلى أن مدى التأثير بالذاتوية يقدر بحوالي ٢-٤ حالات كل ١٠٠٠٠ من المواليد.

ويؤيد (محمد السيد عبد الرحمن وآخرون ٢٠٠٥، ٣٧- ٣٨) على ارتفاع نسبة الذاتوية فيذكرون أن ما يقرب من نصف مليون فرد على الأقل يعانون من الذاتوية في الولايات المتحدة الأمريكية وأن ثلثهم من الأطفال فالذاتوية من أكثر اضطرابات النمو انتشاراً ولا يزيد عنها في الانتشار الإعاقة العقلية والصرع. ورغم أن الذاتوية كلاسيكية تحدث في عدد يتراوح ما بين ٤-٥ من كل ١٠٠٠٠ طفل إلا أن التوسع في التعريف يشمل الأطفال الذين لديهم أعراض أقل في حدتها ولكن مازالت جوهرية يؤدي إلى رفع معدل حدوثها ليصل إلى ١٦ من كل ١٠٠٠٠ طفل ويمثل الأطفال الذين لديهم درجات حادة من اضطراب الذاتوية نسبة تتراوح ما بين ٢-٣% من جملة الأطفال الذاتويين.

ويتفق (محمد على كامل ٢٠٠٥ ص ٦) مع كثير من الباحثين حول ارتفاع نسبة الإصابة بالذاتوية حيث يذكر أن الدراسات تشير إلى أن الذاتوية بدأت تنتشر بصورة كبيرة مؤخراً حسب ما جاء في التقرير الذي نشره مركز الأبحاث بجامعة كامبردج حيث جاء فيه ارتفاع نسبة مرض الذاتوية إلى ٧٥ حالة في كل ١٠٠٠٠ من عمر ٥-١١ سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عن ما كان معروفاً سابقاً وهو ضمن حالات لكل ١٠٠٠٠.

وتشير (وفاء على الشامي ٢٠٠٤ -ص١٩) إلى أن نسبة انتشار الذاتوية بجميع درجاتها تتراوح ما بين (٥-١٥) من كل ١٠٠٠٠ مولود بينما يقدر بحوالي (٥) من كل ١٠٠٠٠ مولود لاضطراب الذاتوية الشديد وذلك طبقاً للدراسات التي أجريت في أوروبا وأمريكا.

أما عن معدل الإصابة باضطراب الذاتوية بين الذكور والإناث فقد أشار دليل التشخيص الاحصائي الطبعة الثالثة DSM3 إلى أنه ينتشر بين الإناث بنسبة (٣) للذكور و (١) للإناث. أما في الطبعة الرابعة DSM 4 فقد زادت نسبة إصابة الذكور للذاتوية في الآونة الأخيرة.

ويذكر (سيجمان وكابث Sigman & Capps ١٩٩٨، ٢٦٠) أن الدراسات تشير إلى تزايد نسبة الذكور عن الإناث بالإصابة بالذاتوية تقدر النسبة بحوالي ١ إلى ما بين ٣,٤ إلى ٤,١ وكذلك يذكر (محمد خطاب ٢٠٠٤ ص ٥٠) ان الاضطراب الذاتوي يحدث بمعدل أربع مرات أكثر في الذكور عن الإناث إلا أنه في حالة إصابة الإناث تكون اعاقتهن أكثر صعوبة عن الذكور في مثل حالتهن.

وفيما يتعلق بنسبة الذاتوية في الأسرة الواحدة أن حوالي من ٢-٩% من أقارب الأطفال الذاتويين مصابون بالذاتوية كما ترتفع نسبة ظهـور الاضـطرابات الاجتماعيـة والصعوبات المعرفية واللغوية لديهم. وتكون نسبة انتـشار الـذاتويين بالنـسبة للتـوائم المتطابقة أعلى بالمقارنة بالتوائم الغير متطابقة.

أهم أعراض ومظاهر اضطراب الذاتوية:

إن المظاهر المحددة للأعراض التي تميز الذاتوية يمكن أن تتغير عندما ينمـو الأطفال ولكن الأعراض نفسها تستمر حتى مرحلة الرشد على شكل نمط شبيه بالمشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي أو التواصل وأنماط الاهتمامات. ويمكـن حـصر أعـراض الذاتوية فيما يلي:

- اضطرابات التفاعل الاجتماعي.
- اضطراب التواصل.
- اضطراب السلوك .

أولاً: اضطراب التفاعل الاجتماعي ويتمثل في الآتي:

أشار محمود حمودة ١٩٩٨ عدة سمات للطفل الذاتوي منها:

١- يفشل الطفل في تنمية علاقاته مع الأشخاص.

٢- نقص الاستجابة بالآخرين والاهتمام بهم.

٣- وجود فشل ثابت في نمو اللعب الجماعي والخيالي والصداقة.

٤- أحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً.

٥- يبدو وكأنه وحيداً منعزلاً.

٦- يبدو على الطفل وكأنه لا يسمع الأصوات والضجيج من حوله.

٧- كأنه لا يرى الناس المحيطين به كما وأنهم غير موجودين بالنسبة له.

٨- نظرته بعيدة كأنه ينظر نظرة شاردة تائهة.

٩- يتسم البرود العاطفي حيث يبدو الطفل وكأنه مجرد من العواطف والانفعالات.

١٠- لا يتألم ولا يتوجع .

ثانياً: اضطرابات في التواصل

وتتمثل في العرض الرئيسي الثاني من أعراض الذاتوية هـي مـشكلة الكـلام واللغة والتواصل حيث وجد أن ٤٠% تقريباً من الأطفال الـذاتويين لا يتكلمـون علـى الإطلاق والأطفال الذين يتكلمون يتميز لغتهم بالتالي:

١- عجز في التواصل الانفعالي.

٢- عجز في النمو اللغوي أو شذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي.

٣- عدم المقدرة على استخدام الضمائر.

٤- تعبيرات الوجه غير معبرة وغير مناسبة اجتماعياً.

ثالثاً: اضطرابات في السلوك وتتمثل في:

١) وتتمثل في النمطية والتقولب والاصرار على الطقوس مع ردود أفعال عنيفة إزاء أي تغير في الروتين.

٢) حركات آلية بلا هدف مثل هز الرأس أو حركة الأصابع أو اليدين.

٣) العدوان والانفجارات المزاجية تلاحظ دون سبب.

٤) فرط الحركة مع قصر مدى الانتباه.

٥) سلوك ايذاء الذات مثل خبط الرأس بعنف أو شـد الـشعر أو عـض الأصابع دون أن يتألمون.

٦) الاستجابات الغريبة للاستثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات كالألم أو الحرارة أو البـرودة بينمـا يظهـرون حـساسية مفرطـة

لإحساسات معينة مثل تجنب أن يلمسه أحد وأحياناً يظهر انبهاراً ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه بالضوء والروائح.

٧) شذوذ الوجدان (الضحك- البكاء) دون سبب واضح ونقص الخوف من مخاطر حقيقة والخوف المفرط كاستجابة للموضوعات غير المؤذية.

٨) كثيراً منهم يستمتعون بالموسيقى ويغنون وبعضهم يستمتعون بتنبيه الاتزان مثل المرجحة أي الهز لأعلى ولأسفل.

أسباب الذاتوية:

إن سبب حدوث الذاتوية غير معروف حتى الآن حيث يرى البعض أن الذاتوية اضطراب متعدد الأسباب والأغراض وبسبب قصور في النمو يمتد مدى الحياة ويمكن أن تظهر الأعراض المتعددة للذاتوية بمفردها كل على حدة أو مع اضطرابات أخرى مثل: الإعاقة العقلية أو العمى أو الصمم أو الصرع. ونظراً لأن الأطفال الذاتويين مثلهم في ذلك مثل جميع الأطفال يتنوعون من حيث قدراتهم وسلوكياتهم تنوعاً كبيراً فإن كل عرض يمكن أن يظهر على نحو مختلف في كل طفل على حدة.

وفيما يلي عرض الأسباب المختلفة التي قد يكون لها دور في حدوث اضطراب الذاتوية.

١- العوامل الجينية والوراثية.

وقد يرجع إلى وجود خلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي إلى الإصابة بالذاتوية، إذ أن هناك الكثير من الاضطرابات الجينية التي قد تصاحب الذاتوية.

وفي هذا الاتجاه يشير عثمان فراج ٢٠٠٢ بأن ما بين الأطفال الذين يعانون من حالات الذاتوية نسبة ١٠% يعانون من حالات الريت أو من حالات الكرموزوم الهش وهما اعاقتان ثبت أن لهم أساساً وراثياً.

ولذلك يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الوراثة لها دور كبير في حدوث اضطراب الذاتوية. وهذا يفسر إصابة أخوة الأطفال الذاتويين بالإضطراب نفسه أو إصابة أقاربهم بعدد من الإعاقات النمائية المختلفة، كالأسباب العضوية والعصبية.

يذكر (سمولي Smalley ١٩٩١ ص ٢٩) إن حدوث الذاتوية يرجع إلى تلف في الدماغ يصيب الطفل أو نقص اكتمال نمو الخلايا العصبية الدفاعية للطفل ويشير (بريل Brill ٢٠٠١ ص ١٥) إلى أن حوالي ٣٣% من الأطفال الذاتويين يعانون من اضطراب في الجهاز العصبي المركزي. كما يشير كل من (شيور مان وويبر Scheuerman & Webber ٢٠٠٢ ص ٤) إلى ما تؤكد النظرية النمائية من أن حدوث الخلل في المخ قد يتسبب في خلق افراد ذاتويين يفشلون في مواجهة التطورات النموذجية في مجالات اللغة والمجالات الحركية والاجتماعية والمعرفية.

يتضح مما سبق أن أصحاب هذا الاتجاه يرجعون الإصابة بالذاتوية إلى عوامل عضوية وعصبية وهذا يفسر الأمراض العصبية والإعاقات العقلية وغيرها من الأمراض التي تواكب اضطراب الذاتوية.

٢- العوامل البيئية

تتسم ببيئة الأطفال الذاتويين بأنهم أقل تفاعلية وتتميز بالجمود والانسحابية والميل إلى العزلة مما يؤثر على قدرات الطفل من حيث نموه النفسي وعلاقته بالآخرين ولا توفر لهم هذه البيئة الاستثارة اللازمة لعملية التعليم والنمو.

وبالإضافة لما سبق يرى بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدثه من تلف دماغي وتسمم في الدم قد يؤدي إلى الإصابة بالذاتوية ومن أهم هذه الملوثات التي ذكر أنها تحدث تسمم في الجسم الزئبق والرصاص وأول أكسيد الكربون (جميل الصمادولي ،٢٠٠٧، ص ٣٢٣).

٣- العوامل النفسية

ركز بعض الباحثين على العوامل النفسية كمسببات للاضطرابات الذاتوية حيث وصفوا والدي الطفل أنهم أذكياء ويميلون إلى الاستحواذ والكمال ويتسمون بالبرود

العاطفي وارتفاع مستوى القلق خاصة الأم حيث يقع عليها مسئولية عدم تزويـد طفلهـا بالدفء والود.

وفي هذا المجال يذكر (شاكر قنديل ٢٠٠٠ ص ٢٢٣) أن كثيراً مـن الأطفـال الذاتويين نشأوا مع أباء لديهم قصور في الجوانب الانفعالية والعاطفية كمـا أن بعـضهم نشأوا في مستشفيات وملاجئ حيث ندرة التواصل الأمومي.

بينما يرى (عبد الرحمن سليمان ٢٠٠٠ ص ٣٦) أنه في وقت مـن الأوقـات كانت أمهات الأطفال الذاتويين باردات انفعالياً منسحبات اجتماعياً وربمـا يعـزي هـذه النظرة التكرار النسبي لتوتر العلاقة بين الوالدين من الناحيتين العقلية والمهنية وأيضاً من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعاني من صدود ابنها الاجتراري نتيجة عجزه عن الاستجابة لها.

وهذا يؤدي بدوره إلى تعاسة كثير من الأمهات ومن السهل أن تدرك أن النقص لدى الطفل يكون ناشئاً عن الأخطاء الوالدية وسوء إدارة المنزل.

ومما سبق يبدو أن هناك ظلماً كبيراً واقعاً على آباء وأمهات الأطفال الـذاتويين باعتبارهم سبباً أساسياً في حدوث الذاتوية لدى أطفالهم إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت أن هؤلاء الأباء والأمهات لا يختلفون عن آباء وأمهات الأطفال العاديين من حيث تفاعلهم مع أطفالهم وعاطفتهم تجاههم.

٤ – العوامل الإدراكية

ترجع أسباب الذاتوية للخلل الحادث في الإدراك وعدم تنظيم الاستقبال الحـسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة ذات معنى عن البيئة من حوله كما أنها تحد من قدرته على التعلم وعلى التكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته.

ويشير إلهامي عبد العزيز وآخرون (٢٠٠١، ص٢١٠) إلى أنه لوحظ أن العديد من الأطفال الذاتويين يبدو أنهم لديهم إعاقات في واحدة أو أكثـر مـن حواسـهم وهـذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والاتزان والسمع والإحساسات العميقـة وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس كما يمكن للإعاقـة الحـسية أن

تسبب صعوبة للإثارة السوية مثل بعض الأطفال الذاتويين الذين يتجنبون كل أشكال الاحتكاك الجسماني وآخرون على النقيض لديهم حساسية للمس أو الألم.

تشخيص الذاتوية:

تشير (فيوليت فؤاد إبراهيم ٢٠٠٥ ص ٨٢) إلى أن تشخيص اضطراب الذاتوية تعد عملية منظمة هادفة للتعرف والكشف عن الأطفال الذين يحتاجون مستقبلاً إلى خدمات وبرامج التربية الخاصة المتنوعة فهي عملية وقائية وعلاجية تقلل من الآثار السلبية المترتبة على اكتشاف إعاقة أو اضطراب ما لدى الطفل في الأشهر الأولى من عمره فالتشخيص المبكر يعني التدخل المبكر الذي يتضمن مهارات اجتماعية ووظيفية تهدف إلى تعديل السلوك.

وفي الدليل الإحصائي للتشخيص الصادر عن الجمعية الأمريكية في الطب النفسي الطبعة الرابعة (DSM4 عام ١٩٩٤) حيث يتم تشخيص الطفل الذاتوي فقد حدد الدليل وجود ثلاث محكات رئيسية وهي:

المحك الأول: توافر ست أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة التالية: على أن تتكون هذه الأعراض من اثنين من المجموعة الأولى وواحدة من كل من المجموعتين الثانية والثالثة على الأقل وهذه المجموعات هي:

أولاً: العجز النوعي- التفاعل الاجتماعي

ويتوجب ظهور اثنين من الأعراض الأتية:

١- العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية كحملقة العينين- الإيماءات- الأوضاع الجسمية والتعبيرات الوجهية لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

٢- الفشل في إقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه.

٣- فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين في الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم المقدرة على التحصيل.

٤- الافتقار للسلوك الاجتماعي والانفعالي المتبادل.

ثانياً: العجز النوعي في التواصل

وتظهر في واحدة على الأقل من الأعراض التالية:

١- تأخر أو نقص كامل في نمو اللغة المنطوقة لا يكون مسبوقاً بمحاولة التعويض من خلال وسائل بديلة التواصل الأخرى مثل الإشارات والإيماءات أو الحركات الجسمية.

٢- الاستخدام النمطي والمتكرر للغة أو اللغة المفرطة في الذاتية والخصوصية.

٣- وجود أنماط محددة ومتكررة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأنشطة في استخدام اللغة.

٤- العجز في اللعب ويتمثل في عدم التخيل والافتقار للعب الاجتماعي مما هم في نفس عمره.

ثالثاً: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات ويجب أن يظهر على الأقل واحدة من الأعراض التالية:

١- الانشغال بواحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية.

٢- الالتزام بطقوس صعبة روتينية غير وظيفية.

٣- حركات جسمية نمطية مثل رفرفة اليدين وحركات معقدة للجسم كله.

٤- الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات.

المحك الثاني التأخر ويظهر قبل ثلاث سنوات في واحدة على الأقل في المجالات التالية:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

٣- اللعب التقليدي أو الرمزي.

المحك الثالث أن يكون تشخيص الذاتوية مستند إلى عدد من المحكات هي:

١- ظهور عجز واضح قبل ثلاث سنوات في مجال واحد على الأقل في المجالات التالية.

- استخدام اللغة بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين.
- اللعب التخيلي أو الوظيفي.
- التفاعل الاجتماعي المتبادل مع الأقران.

٢- قصور واضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل من خلال:

- عدم التواصل البصري مع الآخرين وعدم القدرة على استخدام الوجه أو الجسد للتعبير عن الانفعالات.
- الفشل في تكوين صداقات مع الأطفال ممن هم في العمر الزمني نفسه.
- عدم المبادرة في مشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم.
- عدم طلب الحنان والأمان في أوقات الخطر، وعدم تقديم ذلك للأخرين عند حاجتهم لها.
- عدم القدرة على التبادل العاطفي والانفعالي مع الآخرين.
- عدم القدرة على تكيف السلوك ليتناسب والظروف الاجتماعية المحيطة.

٣- قصور في التواصل الاجتماعي من خلال:

- انعدام اللغة التعبيرية دون محاولة التعويض في ذلك باستخدام الإشارات والإيماءات.
- عدم القدرة على الحوار مع الآخرين.
- تكرار اللغة أو المقاطع اللغوية.
- اضطراب في الصوت والإيقاع وسرعة الكلام ونغمته.

- عدم استخدام النمذجة أو الخيال في اللعب.

٤- اهتمامات محددة ونشاطات متكررة تظهر من خلال:

- الاهتمام المبالغ بنشاطات محددة.
- التعليق غير العادي بأشياء محددة.
- سلوكيات روتينية محددة وغير مألوفة.
- حركات نمطية بالأيدي والأصابع أو حركات جسمية معقدة.
- اهتمام مبالغ فيه بأجزاء الأشياء أو بخصائص غير وظيفية للأشياء مثل رائحة أو صوت الشيء.
- انزعاج كبير لتفاصيل بيئة صغيرة وغير مهمة.

التدخل العلاجي والتربوي:

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر التي كانت سائدة حول أسباب الذاتوية. وحيث أن الذاتوية كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يسهم الوالدان فيه مساهمة أساسية فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات.

إن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل الذاتوي أن تزوده بها. وأن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي.

ويتضمن العلاج مرحلتين الأولى يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج وفي الثانية يركز على تطوير المهارات الاجتماعية وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء.

كما يمكن استخدام العلاج البيئي وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات وتفاعلات شخصية أما التدخل التربوي، فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك، وذلك أن إجراءات

تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يقع على الوالدين كاللوم. بل على العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج. كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعليم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى كما في الاتجاه السلوكي.

وبالإضافة إلى إجراءات تعديل السلوك، فإن البرامج التربوية يجب أن تتضمن تركيزاً على الجوانب اللغوية المنطوقة عند الطفل الذاتوي وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي والاجتماعي الذي يفقده الأطفال الذاتويين. بالإضافة إلى إجراءات التعلم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية.

اضطرابات وسلوكيات الأطفال الذاتويين

تتمثل هذه الاضطرابات فيما يلى:

١- قصور الانتباه.

٢- الإدراك البصري.

٣- التواصل اللفظي والاجتماعي.

٤- السلوك النمطي.

٥- السلوك الانسحابي.

٦- السلوك العدواني.

٧- النشاط الحركي الزائد.

٨- ايذاء الذات.

اضطرابات وسلوكيات الأطفال الذاتويين

١- قصور الانتباه:

يمكن تعريف الانتباه على أنه:

القدرة على التركيز الانتقائي لنشاط أعضاء الحس، والنشاط العقلي على مدة من الزمن، في أحد مثيرات البيئة الخارجية المحيطة بالفرد والاستجابه إليه، وتجاهل المثيرات الأخرى، بما يتماشى مع ميول وحاجات ودوافع الفرد ويتضح من هذا التعريف أن الانتباه:

- يشتمل على تركيز الحواس أو النشاط الذهني على أحد المثيرات البيئية الخارجية مثل شيء، شخص، موقف.
- ينتج عنه الاستجابة لمثير هام وتجاهل المثيرات الأخرى من خلال جعلها على أطراف مجاله البصري أو السمعي.
- الانتباه يحدث للمثيرات الهامة فقط، ويمكن ملاحظته وقياسه.
- تتوقف أهمية المثيرات على مدى إشباعها لميول وحاجات ودوافع الفرد.

ومن أهم أنواعه:

- الانتباه المباشر
- الانتباه الإرادي

وينقسم إلى عدة أنواع هي:

أ- الانتباه الاعتيادي.

ب- الانتباه القصدي.

ج- الانتباه طويل المدى.

د-الانتباه الإجرائي.

هـ- الانتباه الموزع.

و- الانتباه الصريح .

٢- الإدراك البصري:

لابد من تعريف الإدراك بشكل عام وهو:

تلك العمليات التي نضفي عن طريقها معاني ودلالات على المثيرات والمعلومات التي ترد إلينا عبر الحواس المختلفة وذلك من خلال استقبالها وتفسيرها وتنظيمها وتصنيفها ومعالجتها في صورة يمكن فهمها واستخدامها في كليات ذات معنى لزيادة وعينا بما يحيط بنا (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٤٢٥).

من هنا يتم تعريف الإدراك البصري Visual perception على أساس أنه عملية عقلية معرفية تنظيمية يقوم فيها الفرد بتفسير المثيرات البصرية الموجودة في البيئة المحيطة بالفرد حيث تقوم العين بتسجيل المثيرات البيئية، وإعطائها الاستجابة الملائمة لهذه المثيرات.

٣- التواصل اللفظي والاجتماعي:

تعد التواصل اللفظي من أهم أدوات التواصل الإنساني بالإضافة إلى أن هناك أدوات تواصل أخرى تتضمن الإشارات الحركية بالأيدي أو بتغيرات الوجه أو الشفاه أو الإيماءات باستخدام الرموز سواء أكانت مكتوبة او منطوقة وعلى ذلك تتضمن عملية التواصل تبادل الأفكار والمشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل والأساليب مثل الإشارات، الإيماءات، تعبيرات الوجه حركات اليدين، التعبيرات الانفعالية، واللغة تعد أحد أشكال التواصل التي تتيح لفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة ومفصلة. وعملية التواصل تتضمن تواصل لفظياً وغير لفظي وتواصل اجتماعي.

- التواصل اللفظي: وتتضمن المهارات الخاصة بنطق الكلمات والاستماع والمحادثة والمناقشة والتمييز والإدراك السمعي والبصري.

- التواصل الغير لفظي: ويتم من خلال الإشارة بأعضاء الجسم والأصابع ولغة الشفاة كما في التواصل لدى الأطفال الصم.
- التواصل الاجتماعي: وهي خاصة بالتفاعل الذي يتم بين الفرد والمحيطين به في الإطار الإجتماعي من تقبل المعايير الاجتماعية والقيم وممارستها مثل الترحيب، الاعتذار والتعامل مع الفئات السنية المختلفة سواء الأكبر منه أو الأصغر منه والاتجاهات نحو الأخرين.

٤- السلوك النمطي:

إن السلوكيات النمطية والمكررة تعتبر واحدة من معايير التشخيص الأساسية للذاتوية ومع ذلك فهي ليست السلوكيات الوحيدة المصاحبة للذاتوية فالأفعال أو السلوكيات النمطية تم التعامل معها منذ فترة طويلة (كعنصر شائع) أو مكون شائع في الاضطرابات النفسية. وقد قام Kraepelin عام ١٨٩٩ بتصنيف السلوكيات النمطية كواحد من أعراض الاختلال العقلي أو الشيزوفرينيا. والحركات النمطية تعتبر شائعة عند المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة. والنمطية هذه لا توجد فقط في الحركات وإنما أيضاً في الأفكار ومن ثم فإنها تكون غير ظاهرة.

ومن الجدير بالذكر أن تعريفات وتصنيفات الظاهرة المتكررة تعتبر غير مرضية حتى الآن ومن هذه التصنيفات (النمطية، الاستحواذ والتكلف أو التصنع والإجبار غالباً ما يتم استخدامهم بطريقة تبادلية) ومن الجدير بالذكر أنه حتى الأفراد الطبيعين الذين لا يعانون من أي أمراض نفسية يظهرون بعض السلوكيات المكررة ولكن السلوكيات النمطية تعتبر غير مرغوبة فيها اجتماعياً عند الأفراد الأسوياء وذلك لأنها تشير إلى الملل أو عدم الانتباه، ولكن بالنسبة للأفراد الذاتويين فإن وجود أو حضور الآخرين ربما يكون له التأثير المانع لهذه الحركات النمطية المكررة كما يحدث عند الأفراد الطبيعين (بوتافرت. VtaFrith، ٢٠٠٣: ١٧٣- ١٧٤).

٥- السلوك الانسحابي:

التواصل هو الأسلوب الذي يتم بها تبادل المعلومات بين الأفراد سواء بالكلمة المنطوقة أو المكتوبة أو حركات الجسم وهي عملية تبدأ قبل ان يكتسب الطفل القدرة على استخدام الرموز اللغوية وتزداد قدرته على التواصل.

وقد يكون اضطراب التواصل لدى الطفل الذاتوي على المستوى الاجتماعي أو اللغوي أو المعرفي مع قصور في القدرة على التخيل والاحتكام مع الآخرين.

ومن أهم مشكلات السلوك الانسحابي التي تظهر بوضوح لدى الطفل الذاتوي ما يلي:

١- العزلة الاجتماعية.

٢- الفشل في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم.

٣- غياب الدراية بمعرفة مشاعر وعواطف الآخرين.

٤- مشكلة الفهم.

٥- مشكلة التسمية (اللغة الرمزية).

٦- مشكلة التعبير.

٧- غياب الدلالات الاجتماعية.

٨- النقص في القدرة على تبادل الحديث.

٦- السلوك العدواني:

يتسم سلوك العدوان للطفل الذاتوي أنه سلوك موجه إلى الذات وإلى الآخرين ويتسم بالإصرار على الحاق الأذى والضرر بالآخرين. ويشكل السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين مشكلة كبرى، ويجب ملاحظة الظروف التي غالباً ما يظهر خلالها ذلك السلوك، مع محاولة فهم الأسباب لكي يصبح بالإمكان تجنب ظهور حالة التوازن والهّياج، وقد يكون السبب بسيطاً جداً بل تافهاً كضجيج مفاجئ من صوت معين، أو وضع قطعة الخيط المفضلة لدى الطفل في غير محلها المعتاد، وإذا ما تضمن الموقف العدواني طفلاً أخر، فيجب معالجة ذلك بفصلها بالسرعة الممكنة مع أقل قدر من الضجيج والجلبة ويعتبر السلوك العدواني سبباً رئيسياً للوالدين الذين يسعان لإيجاد حل لمشكلة ابنهم وخاصة عدوانه الموجه إلى إخوته وأخواته الأصغر سناً.

٧- النشاط الحركي الزائد:

لقد وصف وليم كروكشانك William Cruickshank (٢٠٠١) نمطين من أنماط الشناط المفرد وهما:

أ- فرط النشاط الحسي Sensory Hyperactivity

ب- فرط النشاط الحركي Motor Hypeactivity

والقابلية لتشتيت الانتباه إحدى الخصائص الأولية لفرط النشاط الحسي، والطفل الذي لديه فرط النشاط الحسي لديه سعة انتباه بالغة القصر أحياناً أقل من دقيقة، والأطفال الذين لديهم فرط نشاط حسي حركي يبدو أنهم يفقدون السيطرة عندما يجدون فرصة سانحة كما أنهم -على نحو مستمر- يتلوون ويثنون،و يتلفهون، ويتناولون اي شيء يستطيعون أن يضعوا أيديهم عليه في الملاعب أو المساحات المفتوحة التي بها مثيرات كثيرة وتكون ردود أفعال هؤلاء الأطفال مفرطة في الجري والصياح والإزعاج بصفة عامة.

وإذا كان النشاط الحركي المفرط المصحوب بنقص في الانتباه من أصعب المشكلات التي تواجه المتخصصين والآباء مع الأطفال العاديين، فإن الأمر يصبح أكثر صعوبة وتعقيداً مع الأطفال ذوي الإعاقة. وخاصة الأطفال الذاتويين ولاسيما ان هذا السلوك يتسم بالاندفاعية والعدائية، مما يمثل خطورة بالغة على الطفل ذاته وعلى الآخرين ولذا وجب الاهتمام به إلى أقصى حد ممكن مع حصوله على الرعاية والعناية سواء من جانب الوالدين أو المتخصصين شانهم شأن الأطفال العاديين عن طريق استراتيجيات تعديل السلوك.

من أهم أعراض النشاط الزائد ما يلي:

١- غالباً ما يكون يالأيدي أو الأرجل أو التلوي.

٢- أحياناً يترك مكانه في الفصل الدراسي أو في أي مواقف أخرى حينما يتوقع وجود أماكن متبقية.

٣- يطوف بإفراط في المواقف غير الملائمة.

٤- لديه صعوبة في اللعب أو الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ.

٥- نشط أو غالباً ما يتصرف وكأنه منقاد بالحركة.

٦- أحياناً يتكلم بإفراط.

٨- إيذاء الذات:

سلوكيات عدوانية تظهر أثناء استثارتهم انفعالياً يأتي بها الطفل الذاتوي تعبيراً عن جذب انتباه المحيطين بهم وتتسم هذه السلوكيات بالبدائية والسلوكيات العدوانية تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها وتتبدى هذه السلوكيات في الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً أو قذف ما يكون بأيديهم، تشبيك الأيدي أو ثنيها، ضرب الرأس في الحائط، إيذاء نفسه، البكاء والصراخ والتخبيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب حالة الغضب والثورة الانفعالية كإصدار أصوات مزعجة، أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق ملابسه ويعتبر الانتحار شكل من أشكال إيذاء الذات المتطرفة.

إجراءات إعداد قائمة التشخيص الشاملة للذاتوية:

بعد اطلاع الباحثة على الآراء، والنظريات، والدراسات، وكذلك المقاييس التى تتعلق بتشخيص الذاتوية تم تحديد خمسة مجالات اتضح أنها ترتبط بالطفل الذاتوى، شملت سلوك إيذاء الذات، التواصل اللفظى والاجتماعى، قصور الانتباه، قصور الإدراك البصرى، والسلوكيات اللاتكيفية. وقد تم صياغة مجموعة من الفقرات لكل جانب من الجوانب السابقة التى اعتبرت بمثابة أبعاد للقائمة، وقد بلغ إجمالى تلك العبارات (١٣٠) عبارة موزعة على الأبعاد الخمسة السابقة بواقع (٢٦) عبارة لكل بعد.

أولا: صدق قائمة التشخيص الشاملة للذاتوية:

١- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين فى مجال التربية الخاصة والصحة النفسية، وذلك للحكم على مدى ملاءمة الأبعاد للظاهرة

موضع القياس، والفقرات لكل بعد، وما قد يوجد فيها من تداخل أو تكرار. وبنـاء علـى آرائهم تم تعديل صياغة ثمانية عبارات، كما تم حذف (٢٠) عبارة لم تصل نسبة الاتفاق عليها بين المحكمين إلى (٨٠%)، وبذلك أصبح عدد عبارات المقياس (١١٠) عبارة.

٢- الصدق العاملى Factorial Validity

تم إجراء التحليل العاملى بطريقة المكونات الأساسية Principal Component التى وضعها هوتيلينج Hotelling باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والاعتماد على محك كايزر Kaiser Normalization الذى وضعه جوتمان Guttman وفى ضوء هذا المحك يقبل العامل الذى يساوى أو يزيد جذره عـن الواحـد الصحيح، كذلك يتم قبول العوامل التى تشبع بها ثلاثة بنود على الأقل بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (٠,٣) . وقد تم اختيار طريقة المكونات الأساسية باعتبارها مـن أكثـر طرق التحليل العاملى دقة ومميزات، ومن أهمها إمكان استخلاص أقـصى تبـاين لكـل عامل، وبذلك تتلخص المصفوفة الارتباطيه للمتغيرات فى أقل عدد من العوامل.

وقد تم إجراء التحليل العاملى لعدد (١١٠) عبارة يمثلون عبارات المقياس. وقـد بلغت عينة التحليل (٥١٠) فردا. وأسفرت نتائج التحليل العاملى لعبارات المقيـاس عـن وجود (١٢) عامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الـصحيح فـسرت (٨٣,٦١٩٪) مـن التباين الكلى.

والجدول التالى يوضح مصفـوفة العوامل الدالة إحصائيا وتشبعاتها بعـد تـدوير المحاور تدويرا متعامدا، وكذلك الجذر الكامن ونسبة التباين لكل عامل والنسبة التراكميـة للتباين.

جدول (١)

مصفوفة العوامل الدالة إحصائيا وتشبعاتها بعد تدوير المحاور

العوامل العبارات	الأول	الثانى	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	التاسع	العاشر	الحادى عشر	الثانى عشر	قيم الشيوع
١					٠,٨٠٨								٠,٨٦٩
٢					٠,٣١٠		٠,٨٦٨						٠,٨٢٠
٣				٠,٦٤٦									٠,٦٣٧
٤		٠,٨٧٤											٠,٨٢١
٥	٠,٧٥١									٠,٣٥٧			٠,٨٣٨
٦			٠,٨٨٧										٠,٨٧٠
٧				٠,٨٤١									٠,٨٤٩
٨		٠,٨٥٠											٠,٨١٦
٩					٠,٣٢٢		٠,٨٥٨						٠,٨٢٣
١٠								٠,٦٨٩		٠,٥٢٩			٠,٨٨٥
١١	٠,٦٨١												٠,٦٦٧
١٢			٠,٧٩٨										٠,٧٥٧
١٣				٠,٨٧٥									٠,٨٩٨

١٤		٠,٨٦١											٠,٨٠٢
١٥					٠,٣٢٢	٠,٧٧٣							٠,٨٦٦
١٦								٠,٨٠٧					٠,٧٣٥
١٧	٠,٨٧١												٠,٨١١
١٨			٠,٧٨٧								٠,٣٧٧		٠,٨٥٤
١٩				٠,٨٩٩									٠,٨٢٨
٢٠					٠,٨٥٤								٠,٨١٠
٢١								٠,٦٠٦	٠,٥٥٤				٠,٨٠١
٢٢	٠,٨٣٩												٠,٧٧٤
٢٣			٠,٨٩٧										٠,٨٦٨
٢٤				٠,٨٧٧									٠,٨٧٩
٢٥						٠,٨٧٢							٠,٨٦٠
٢٦								٠,٦٢٢	٠,٦١٩				٠,٨٩٠
٢٧	٠,٨٣٩												٠,٨٠٨
٢٨			٠,٨٠٩								٠,٣٨٣		٠,٨٩٦
٢٩		٠,٨٤٧											٠,٧٦٩
٣٠						٠,٣٥٣	٠,٦٣٥						٠,٦٧٧
٣١								٠,٧٧٤				٠,٣٠٢	٠,٧٥٦
٣٢	٠,٧٥٢											٠,٣٥٩	٠,٨٣٠

٣٣					٠,٧٨٢	٠,٣٢٩							٠,٨٤٢
٣٤						٠,٨٤٦							٠,٨٣٠
٣٥		٠,٨٤٣											٠,٧٨٥
٣٦								٠,٧٧١					٠,٦٥٥
٣٧	٠,٨٦٣												٠,٨٦٨
٣٨			٠,٨٩٤										٠,٨٧٦
٣٩				٠,٨٣٧									٠,٧٩٦
٤٠		٠,٨١٨											٠,٧٧٤
٤١							٠,٨٩٢						٠,٨١٢
٤٢			٠,٣٠١					٠,٦١٥		٠,٥٢٧			٠,٨٥٤
٤٣	٠,٧٦٥												٠,٨٣٠
٤٤			٠,٨٣٠										٠,٧٥٧
٤٥		٠,٨٨٩											٠,٨٩٧
٤٦						٠,٨٠٥							٠,٨٤٢
٤٧	٠,٨٤٦												٠,٨١٣
٤٨			٠,٨٨٣										٠,٨٤٨
٤٩					٠,٨٧٣								٠,٨٣٤
٥٠	٠,٧٥٩									٠,٣٥٠			٠,٨٥٧
٥١			٠,٨٤٣										٠,٨٣٩
٥٢				٠,٨٧٦									٠,٨٩٠
٥٣		٠,٨٨٩											٠,٨٤٧
٥٤					٠,٨٨٥								٠,٨٢٢
٥٥	٠,٧٧٢											٠,٣٧٣	٠,٨٥٠
٥٦							٠,٨٦٢						٠,٨٥٠

٥٧				٠,٨٩٥									٠,٨٣٥
٥٨		٠,٨٤٩											٠,٧٦٨
٥٩						٠,٨٥٤							٠,٨٤١
٦٠								٠,٥٥٤	٠,٦٢٣				٠,٨٢٥
٦١	٠,٨٦٨												٠,٨٤٨
٦٢			٠,٨٨٧										٠,٨٧٣
٦٣				٠,٨٨٤									٠,٨٩٣
٦٤		٠,٨٢٦											٠,٧٣٩
٦٥					٠,٨٤٧								٠,٨٢٢
٦٦			٠,٨٨٩										٠,٨٦٢
٦٧								٠,٦١٣	٠,٥٥٥				٠,٧٩٤
٦٨	٠,٨٦٤												٠,٨١١
٦٩					٠,٨٨٣								٠,٨٩٣
٧٠				٠,٨٩٧									٠,٨١٨
٧١								٠,٦٣٥	٠,٦٢٢				٠,٨٩٤
٧٢	٠,٨١٩												٠,٧٤٢
٧٣							٠,٨٨٥						٠,٨٢٣
٧٤						٠,٨٣٧							٠,٨٨٦
٧٥	٠,٨٣٣												٠,٨١٤
٧٦			٠,٨٨٧										٠,٨٧١
٧٧				٠,٧٤١									٠,٦٤٤
٧٨		٠,٨٥٥											٠,٧٦٣
٧٩						٠,٣٣٩	٠,٦٢٨						٠,٧٠١
٨٠								٠,٧٨٧					٠,٧٤٧

٨١	٠,٧٥٢											٠,٣٥٧	٠,٨٦٠
٨٢					٠,٧٧٩								٠,٧٣٦
٨٣							٠,٨٩١						٠,٨١١
٨٤		٠,٨٩٤											٠,٨٦٧
٨٥	٠,٨٤٤												٠,٨٣٩
٨٦			٠,٨٩٥										٠,٨٧٠
٨٧				٠,٨٦٠									٠,٨٧٦
٨٨		٠,٨٩٦											٠,٨٤٥
٨٩							٠,٨٨٩						٠,٨٣٦
٩٠								٠,٦٨٤		٠,٥٢١			٠,٨٨٥
٩١	٠,٧٠٤												٠,٦٢٨
٩٢			٠,٨٩١										٠,٨٥٥
٩٣		٠,٨٩٢											٠,٨٥٥
٩٤						٠,٨٠٤							٠,٨٦٠
٩٥								٠,٨٢٠					٠,٧٥٠
٩٦	٠,٨٦٧												٠,٨١٢
٩٧			٠,٨٩٥										٠,٨٧٤
٩٨				٠,٨٩١									٠,٨١٣
٩٩		٠,٨٨٠											٠,٨٣٣
١٠٠						٠,٨٤٨							٠,٨٢٧
١٠١								٠,٧٩٩					٠,٦٩٢
١٠٢	٠,٨٢٧												٠,٧٨٦
١٠٣		٠,٨٧٨											٠,٨٧٩
١٠٤						٠,٨٣٦							٠,٨٠٧

١٠٥		٠,٨٦٥											٠,٨٤٦
١٠٦						٠,٧٩٦							٠,٨٣٦
١٠٧					٠,٨٠٦								٠,٨٠٨
١٠٨			٠,٨٩٢										٠,٨٧٢
١٠٩							٠,٨٦٢						٠,٨٧٠
١١٠					٠,٨١٦								٠,٨١٥
الجذر الكامن	١٤,٢٢١	١٤	١٣,٦٣٤	١١,٠٩٥	٨,٧٠٩	٨,٥٣٧	٨,٣١	٧,٤٣٩	٢,٠٢٩	١,٦٦٩	١,٢٣	١,١٠٧	–
نسبة التباين	١٢,٩٢٨ %	١٢,٧٢٧ %	١٢,٣٩٥ %	١٠,٠٨٧ %	٧,٩١٧ %	٧,٧٦١ %	٧,٥٥٥ %	٦,٧٦٢ %	١,٨٤٤ %	١,٥١٧ %	١,١١٩ %	١,٠٠٦ %	–
نسبة التباين التراكمية	١٢,٩٢٨ %	٢٥,٦٥٦ %	٣٨,٠٥١ %	٤٨,١٣٧ %	٥٦,٠٥٥ %	٦٣,٨١٥ %	٧١,٣٧ %	٧٨,١٣٢ %	٧٩,٩٧٦ %	٨١,٤٩٤ %	٨٢,٦١ ٢ %	٨٣,٦١٩ %	–

* حذفت جميع التشبعات التى تقل عن ٠,٣.

يتضح من الجدول السابق أن العامل الحادى عشر تشبع عليه عبارتين فقط لذا سوف يتم استبعاد هذا العامل لعدم تشبع ثلاث عبارات عليه طبقا لمحك كايزر، كما أن تشبعات العبارات على العوامل التاسع والعاشر والثانى عشر أقل من تشبعاتها على العوامل الثمانية الأولى لذا سوف يتم استبعاد هذه العوامل مع الإبقاء على العبارات لتشبعها على العوامل الأولى. وبذلك يصبح عدد عبارات المقياس (١١٠) عبارة متشبعة على ثمانية عوامل، وتفسر هذه العوامل (٧٨,١٣٢%) من التباين الكلى. وفيما يلى تفسير هذه العوامل سيكولوجيا بعد تدوير المحاور تدويرا متعامدا:-

جدول (٥)

درجات تشبع عبارات العامل الأول مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبـــــارات	درجة التشبع
١٧	يفتقد التجاوب العاطفى مع الآخرين	٠,٨٧١
٦١	يفتقد إلى مهارات المبادأة	٠,٨٦٨
٩٦	يبتعد عن مشاركة الأقران فى اللعب أو الأنشطة المختلفة	٠,٨٦٧
٦٨	يفتقد القدرة على التقليد الحركى للأقران	٠,٨٦٤
٣٧	يبتعد عن ممارسة اللعب التخيلى (مثل تقمص دور مدرس أو طبيب)	٠,٨٦٣
٤٧	من الصعب عليه أن يستجيب للتعليمات أو الأوامر التى تعطى له بعد تكرارها	٠,٨٤٦
٨٥	لا يبادل الآخرين الآخرين الابتسامة أو التحية عند رؤيته لهم	٠,٨٤٤
٢٧	يفشل فى إقامة علاقات أو تفاعلات اجتماعية مع الآقران	٠,٨٣٩
٢٢	يتجنب التواصل البصرى مع الأقران	٠,٨٣٩
٧٥	يصعب عليه فهم أو استخدام تعبيرات الوجه	٠,٨٣٣
١٠٢	يجد صعوبة فى استخدام مهارات المحادثة	٠,٨٢٧
٧٢	يخلط فى استخدام الضمائر (أنا – أنت – هو)	٠,٨١٩
٥٥	يستخدم لغة مجازية خاصة به (كأن يسمى الأرجوحه أخضر أو أزرق)	٠,٧٧٢

٤٣	من الصعب عليه التعبير عما به من ألم أو تعب	٠,٧٦٥
٥٠	يحاول التمسك بالروتين اليومى أو نظام ثابت لا يتغير	٠,٧٥٩
٣٢	ينصرف اهتمامه عن الإدراك الكلى للموقف أو المثير	٠,٧٥٢
٨١	لديه حساسية بصرية زائدة لبعض الأشياء (الأضواء الباهرة)	٠,٧٥٢
٥	من الصعب عليه استخدام حاستى الشم والتذوق بشكل وظيفى	٠,٧٥١
٩١	من الصعب عليه الاستجابة لبعض الأصوات المزعجة	٠,٧٠٤
١١	من الصعب عليه جذب انتباه الآخرين لما يقوم به	٠,٦٨١

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٦٨١ ، ٠,٨٧١) وبلغ جذرها الكامن (١٤,٢٢١)، ويفسر هذا العامل (١٢,٩٢٨٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات فقدان التجاوب العاطفى مع الآخرين والابتعاد عن المشاركة وعدم الاستجابة للتعليمات بالإضافة إلى الفشل فى إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران، ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " التواصل اللفظى والاجتماعى ".

جدول (٦)

درجات تشبع عبارات العامل الثانى مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبـــــارات	درجة التشبع
٨٨	لا يبدى أى أهتمام عند رؤية أقرانه	٠,٨٩٦
٨٤	من الصعب عليه الاستجابة لأى تعبيرات أو إيماءات من الآخرين	٠,٨٩٤
٩٣	من الصعب عليه القيام بأى مهام يشترك فيها مع أقرانه	٠,٨٩٢
٥٣	يبتعد عن الآخرين من الأرقان خوفا منهم	٠,٨٨٩
٤٥	يتجنب الاشتراك مع أقرانه فى أى من المواقف الحياتية	٠,٨٨٩
٩٩	ينسحب من الأنشطة الجماعية فى المدرسة	٠,٨٨٠
١٠٣	يفضل اللعب بمفرده بعيدا عن الآخرين	٠,٨٧٨
٤	لا يبدى رغبة فى إقامة علاقات أو تفاعلات مع الآخرين	٠,٨٧٤
١٠٥	يرفض مشاركة الآخرين فى اللعب معهم	٠,٨٦٥

١٤	يبدى عدم الرغبة فى الحديث مع أقرانه	٠,٨٦١
٧٨	يرفض تكوين علاقات أو صداقات مع الآخرين	٠,٨٥٥
٨	يفضل وجوده بمفرده معظم الوقت	٠,٨٥٠
٥٨	يبتعد عن أى شخص يحاول الاقتراب منه	٠,٨٤٩
٢٩	يرفض كل أشكال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين	٠,٨٤٧
٣٥	يميل للعزلة حتى بين زملائه	٠,٨٤٣
٦٤	ينسحب من اللعب الجماعى دون سبب واضح	٠,٨٢٦
٤٠	يبدى سلوكيات انسحابية فى المناسبات الاجتماعية	٠,٨١٨

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٨١٨ ، ٠,٨٩٦) وبلغ جذرها الكامن (١٤)، ويفسر هذا العامل (١٢,٧٢٧٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات صعوبة استجابة الطفل للإيماءات من الآخرين وتجنبه الاشتراك مع الأقران ورفضه لمشاركة الآخرين ورغبته فى التواجد بمفرده معظم الوقت. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " السلوك الانسحابى ".

جدول (٧)

درجات تشبع عبارات العامل الثالث مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبـــــارات	درجة التشبع
٢٣	يهز جسمه بصورة متكررة	٠,٨٩٧
٩٧	يمشى على أطراف أصابعه	٠,٨٩٥
٨٦	يدير أصابعه أمام عينيه	٠,٨٩٥
٣٨	يفتح ويغلق مفاتيح الإضاءة بشكل متكرر	٠,٨٩٤
١٠٨	يفضل نوعا واحدا من الأكل	٠,٨٩٢
٩٢	يعيد عبارات سمعها من قبل	٠,٨٩١
٦٦	ينزعج عند أى تغيير فى نظام غرفته	٠,٨٨٩
٦٢	يمضى ساعات محملقا فى اتجاه واحد	٠,٨٨٧

٧٦	يتبع نفس الطريق عند الذهاب لمكان معين	٠,٨٨٧
٦	يقفز على الأشياء بصورة متكررة	٠,٨٨٧
٤٨	يهتز للأمام والخلف أثناء الجلوس أو الوقوف	٠,٨٨٣
٥١	يحدق النظر فى الأيدى	٠,٨٤٣
٤٤	يجز على أسنانه بشكل متكرر	٠,٨٣٠
٢٨	يخبط بيديه على المنضدة التى أمامه بصورة متكررة	٠,٨٠٩
١٢	يفتح الباب ويغلقه بصورة متكررة	٠,٧٩٨
١٨	يقوم بحركات متكررة لليد والأصابع	٠,٧٨٧

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٧٨٧ ، ٠,٨٩٧) وبلغ جذرها الكامن (١٣,٦٣٤)، ويفسر هذا العامل (١٢,٣٩٥٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات تكرار الطفل لبعض السلوكيات مثل هز جسمه بصورة متكررة وإعادة ترديد العبارات التى سبق سماعها والقفز بصورة متكررة وفتح وغلق الباب بصورة متكررة. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " السلوك النمطى ".

جدول (٨)

درجات تشبع عبارات العامل الرابع مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبارات	درجة التشبع
١٩	يتجنب النظر إلى الوجه البشرى	٠,٨٩٩
٧٠	يصعب عليه التمييز بين الألوان	٠,٨٩٧
٥٧	لديه قصور فى إيماءات الرأس تجاه المثيرات البصرية	٠,٨٩٥
٩٨	قليلا ما ينظر إلى رفاقه أثناء اللعب	٠,٨٩١
٦٣	يصعب عليه التمييز بين الأعداد	٠,٨٨٤
٢٤	لديه صعوبة فى تقليد الآخرين	٠,٨٧٧
٥٢	يصعب عليه التمييز بين الشكل والأرضية	٠,٨٧٦

١٣	يدرك التفاصيل الثانوية للأشياء ويترك الشكل الأساسى	٠,٨٧٥
٨٧	يواجه صعوبة فى التمييز بين الأحجام	٠,٨٦٠
٧	من الصعب عليه النظر إلى المعلم أثناء الشرح	٠,٨٤١
٣٩	يجد صعوبة فى التفرقة بين الحروف المتشابهة	٠,٨٣٧
٧٧	يتعرف على الأشياء المتحركة بسهولة أكثر من الأشياء الثابتة	٠,٧٤١
٣	من الصعب عليه إدراك المسافات	٠,٦٤٦

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٦٤٦ ، ٠,٨٩٩) وبلغ جذرها الكامن (١١,٠٩٥)، ويفسر هذا العامل (١٠,٠٨٧٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات تجنب الطفل النظر للوجه البشرى وصعوبة تمييزه للألوان وتقليده للآخرين والتمييز بين الأحجام والتفرقة بين الحروف المتشابهة. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " مهارات الإدراك البصرى ".

جدول (٩)

درجات تشبع عبارات العامل الخامس مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبارات	درجة التشبع
٥٤	يفشل فى الانتباه بدقة إلى تفاصيل الأشياء التى يقوم بها	٠,٨٨٥
٦٩	يجد صعوبة فى اختيار مثير بصرى من بين مجموعة مثيرات	٠,٨٨٣
٤٩	من الصعب عليه الانتظام فى العمل	٠,٨٧٣
٢٠	يجيب دون تفكير قبل استكمال السؤال الموجه له	٠,٨٥٤
٦٥	يسهل تشتته بالمثيرات (اللوحات والأدوات) الموجودة بالفصل	٠,٨٤٧
١١٠	من الصعب عليه تركيز انتباهه لفترة طويلة أثناء القيام بالمهمة	٠,٨١٦
١	يتشتت انتباهه بأقل عدد من المثيرات البصرية	٠,٨٠٨
١٠٧	يفشل فى اتباع الخطوات الضرورية لعمل شئ ما	٠,٨٠٦
٣٣	يجد صعوبة فى تحديد اتجاه الأصوات	٠,٧٨٢
٨٢	يجد صعوبة فى متابعة التعليمات أو التوجيهات التى تصدر عن الآخرين	٠,٧٧٩

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٧٧٩ ، ٠,٨٨٥) وبلغ جذرها الكامن (٨,٧٠٩)، ويفسر هذا العامل (٧,٩١٧٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات فشل الطفل فى الانتباه بدقة إلى تفاصيل الأشياء وسهولة تشتته بالمثيرات الموجودة وفشله فى اتباع الخطوات الضرورية، هذا بالإضافة إلى صعوبة تحديد اتجاه الأصوات. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " قصور الانتباه ".

جدول (١٠)

درجات تشبع عبارات العامل السادس مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبارات	درجة التشبع
٢٥	يضرب نفسه بقبضة يده	٠,٨٧٢
٥٩	يعض لسانه أو أجزاء أخرى من جسمه	٠,٨٥٤
١٠٠	يشد شعره أو يقتلعه	٠,٨٤٨
٣٤	يخدش نفسه بأظافر أصابعه	٠,٨٤٦
٧٤	يخدش نفسه بآلات حادة	٠,٨٣٧
١٠٤	يقضم الأشياء الصلبة	٠,٨٣٦
٤٦	يضع أشياء فى أذنه أو فمه	٠,٨٠٥
٩٤	يضغط بشدة على عينيه	٠,٨٠٤
١٠٦	يخبط قدمه فى المنضدة بشدة	٠,٧٩٦
١٥	يظهر نوبات غضب وبكاء شديدة	٠,٧٧٣

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٧٧٣ ، ٠,٨٧٢) وبلغ جذرها الكامن (٨,٥٣٧)، ويفسر هذا العامل (٧,٧٦١٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات ضرب الطفل لنفسه وشد شعره وخدش نفسه بالآت حادة وقضمه للأشياء الصلبة وضغطه بشدة على عينيه. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " سلوك إيذاء الذات ".

جدول (١١)

درجات تشبع عبارات العامل السابع مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبـــــــارات	درجة التشبع
٤١	لا يستقر فى مكان واحد لمدة طويلة	٠,٨٩٢
٨٣	يدور حول نفسه أو حول الأشياء التى توجد فى الفصل	٠,٨٩١
٨٩	يتلوى بكثرة أثناء جلوسه فى الفصل	٠,٨٨٩
٧٣	كثيرا ما يترك مقعده وينتقل إلى المقاعد الأخرى	٠,٨٨٥
٢	يصعب عليه جلوسه ساكنا دون حركة	٠,٨٦٨
٥٦	حركته مستمرة وكأنه مدفوع لهذا	٠,٨٦٢
١٠٩	يفشل فى الوقوف فى صفوف أثناء اللعب	٠,٨٦٢
٩	من الصعب عليه التروى أثناء القيام بأى عمل	٠,٨٥٨
٣٠	يفشل فى انتظار دوره أثناء اللعب	٠,٦٣٥
٧٩	ينتقل بين الأنشطة دون إكمال أى منها	٠,٦٢٨

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٦٢٨ ، ٠,٨٩٢) وبلغ جذرها الكامن (٨,٣١)، ويفسر هذا العامل (٧,٥٥٥٪) من حجم التباين الكلى، وتتناول هذه العبارات عدم استقرار الطفل فى مكان واحد لمدة طويلة وصعوبة جلوسه ساكنا وحركته المستمرة وفشله فى الانتظار لأخذ دوره أثناء اللعب. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامل اسم " النشاط الحركى الزائد ".

جدول (١٢)

درجات تشبع عبارات العامل الثامن مرتبة ترتيبا تنازليا

رقم العبارة	العبـــــــارات	درجة التشبع
٩٥	يقوم بعض الآخرين بقسوة	٠,٨٢٠
١٦	يلقى بزملائه على الأرض بعنف ودون سبب	٠,٨٠٧
١٠١	يقوم بكسر وتخريب النوافذ والممتلكات العامة	٠,٧٩٩
٨٠	يحطم ألعابه بدلا من أن يلعب بها	٠,٧٨٧
٣١	يقوم بتمزيق اللوحات ووسائل الإيضاح المعلقة فى الفصل	٠,٧٧٤
٣٦	يقوم بإثارة الفوضى والهياج داخل الفصل الدراسى	٠,٧٧١
١٠	يستجيب بصورة عدائية إذا حدث أى تغيير فى نظام الأشياء من حوله	٠,٦٨٩
٩٠	يلعب مع أقرانه بعنف وخشونة	٠,٦٨٤
٧١	يقوم بشد شعر زملائه بقوة	٠,٦٣٥
٢٦	يقوم بقذف الكتب والأقلام فى وجه الآخرين	٠,٦٢٢
٤٢	يتشاجر مع الآخرين دون سبب واضح	٠,٦١٥
٦٧	يقوم بإتلاف ملابسه وتقطيع الأزرار	٠,٦١٣
٢١	يقوم بكسر وتخريب آثاث المنزل والفصل	٠,٦٠٦
٦٠	ينتابه حالة هياج شديدة دون سبب واضح	٠,٥٥٤

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات عبارات هذا العامل تراوحت بين (٠,٥٥٤ ، ٠,٨٢٠) وبلغ جذرها الكامن (٧,٤٣٩)، ويفسر هذا العامل (٦,٧٦٢٪) من حجم التبـــاين الكلى، وتتناول هذه العبارات كسر وتخريب الطفل للنوافذ والممتلكات العامـــة وتمزيقـــه للوحات ووسائل الإيضاح فى الفصل ولعبه مع أقرانه بعنف وإتلافه للملابـــس وتقطيـــع الأزرار وتخريبه لآثاث المنزل والفصل. ولذلك يمكن أن نطلق على هذا العامـــل اســـم " السلوك العدوانى ".

ثانيا: ثبات قائمة التشخيص الشاملة للذاتوية:

تم حساب ثبات القائمة باستخدام معامل ألفا لكرونباخ، وإعادة تطبيق القائمة على نفس أفراد العينة بفاصل زمنى قدره أسبوعين بين التطبيقين.

جدول (١٣)

معاملات الثبات لقائمة التشخيص الشاملة للذاتوية

الأبعاد	عدد العبارات	ألفا كرونباخ (ن = ٥١٠)	إعادة التطبيق (ن = ٤٠)
التواصل اللفظى والاجتماعى	٢٠	٠,٧٥٩	٠,٧٨٤
السلوك الانسحابى	١٧	٠,٨٠١	٠,٨٢٣
السلوك النمطى	١٦	٠,٧٢٣	٠,٧٦١
مهارات الإدراك البصرى	١٣	٠,٧٤٦	٠,٧٧٦
قصور الانتباه	١٠	٠,٦٩٩	٠,٧٢٤
سلوك إيذاء الذات	١٠	٠,٨١٥	٠,٨٣٦
النشاط الحركى الزائد	١٠	٠,٧٩٨	٠,٨١٣
السلوك العدوانى	١٤	٠,٧٨٢	٠,٧٩٦
الدرجة الكلية	١١٠	٠,٨٣٣	٠,٨٤٧

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات لأبعاد قائمة التشخيص الشاملة للذاتوية والدرجة الكلية مقبولة، ولذا يمكن الوثوق بالقائمة والاعتماد عليها فى تشخيص الذاتوية.

المراجع العربية والإنجليزية:

١- إلهامي عبد العزيز ومحمود عبد الرحمن حمودة وإيمان محمد صبري إسماعيل (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب.

٢- بوشيل وايدانمان، مكولا بيرنر، ترجمة: كريمان بدير (٢٠٠٤). الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة: الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: عالم الكتاب للنشر.

٣- جميل الصمادي (٢٠٠٧): التوحد في: جمال الخطيب، جميل الصمادي، فاروق الروسان، منى الحديدي، خوله يحيى ميادة الناطور، إبراهيم الزيقات، موسى العمايره، ناديا السرور: مقدمة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان دار الفكر للنشر للطباعة والنشر والتوزيع.

٤- السيد عبد اللطيف الكردي (٢٠٠٣). كيفية تشخيص حالات التوحد وتصميم البرامج العلاجية المقدمة لهم. مجلة عجمان للعلوم والتكنولوجيا: جامعة عجمان، المجلد الثامن، ١١٩-١٣٥.

٥- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وبرامج رعايتهم. كلية التربية ، جامعة المنصورة.

٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، ع٦، ص ص ١-٤٠.

٧- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) محاولة لفهم الذاتية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٨- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥). سيكلوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.

٩- فيوليت فؤاد إبراهيم (٢٠٠٥). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠- محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن (٢٠٠٤). دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي. القاهرة: دار الفكر العربي.

١١- محمد علي كامل (٢٠٠٥). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. الاقهرة مكتبة أبن سينا للنشر.

١٢- نادية أديب (١٩٩٣). الأوتيزم؛ في وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم. كاريتاس. مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية: مصر.

١٣- وفاء علي الشامي (٢٠٠٤أ). خفايا التوحد: أشكاله، أسبابه، وتشخيصه. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

14- Aarons, Maureen & Gittens, Tessa (1992) Handbook of autism: a guide for parents and professionals. tvisTock, Routledge, New York.

15- Adrien, J. et al (2001). Regulation of cognitive activity and early communication development in young autistic, mentally retarded and young normal children. Development-Psychobiology, 39, 2, 124-136.

16- American psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. (4th Ed.) Washington DC.: Author.

17- Bcyer ,j., & Gammeltoft ,L, (2007) Autism , Play , ;ind Social interaction Jessica kingsley Publishers : London and Philadelphia.

18- Beglinger ,L., & Smith , T. (2005) Concurrent validity of social subtype and EQ after early intensive behavioral intervention in children with autism: A Preiiminary

investigation . Journal of Autism and Developmental Disorders -vol.35, No.3.

19- Brill, Marlene Targ (2001), Keys to parenting the child with autism. (2nd ed), New York: John Wiiey & sons.

20- Brown, J.B., Dorey, H., and *Mwphy*, G. (2004). Evaluation of| early intervention in autism . A pilot study . Tizard Center, The British Academy and the National Autistic Society. University of Kent.

21- Burack, J.; Charman, T.; Yirmiva, N. & Zelano, P. (2001).

22- Capbell ,J.M.(2003) Efficacy of behavioral interventions in person with autism: A qualitative synthesis of single subject research. Research in Developmental Disabilities. 24 -p: 120-138.

23- Carpentieri, Sarah & Morgan, L. (1996). Adaptive and intellectual functioning in autism and no autism retarded children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29, 6, 20-61.

24- Carter, Marie Cynthia (2000). Using choice with interactive play to increase language skills in children with autism. Dissertation Abstracts International, 61, 12 (A), 473.

25- CLimine, V., Leach, J-, & Stevenson, G. (2000) .Autism in the early years: A practical guide. London : David fulton publishers.

26- Committee on educational interventions for children with autism, Division of behavioral and social sciences and education, National research council. (2001). Educating children with autism. National Academy Press. Washington. DC.

27- Connie Shu-Ya Wong (2006). Play and joint attention of children with autism in the preschool classroom. Ph. D., University of California, Los Angeles.

28- Corscllo, C. M. (2005). Early intervention in aulism. Infants & Young Children. 18.2: 74- 85

29- Dawson, G & Zanolli, K - (2003). Early intervention and brain plasticity in autism. in Novartis Foundation Symposium: Autism: Neural basis and treatment possibilities . Jhon Wiley & Sons ,Ltd.

30- Debildt. A.; Serra, M.; Luteijn, £.; Kraijer, D.; Sytema, S. & Minderaa R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism- Journal of Intellectual Disability Research, 49, 5, 3 17-32.

31- Delmolino ,L.M., (2006) Breif Report ; Use of DQ for estimating coginitive ability in young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorters.

32- Denham, S.A. (1998).Emotional development in young children. New York: The Guilford Press.

33- Department of Education .(2005) Teaching students with autism spectrum disorders : Inclusive programming for ASD students in New Brunswick Schools . New Nouveau Brunswick

34- Edelson, Stephen M. et al (1999). Auditory integration training: Double-blind study of behavioral and electrophysiological effects in people with autism. Focus on autism and other developmental disabilities, 14, 2.

35- Eikeseth . S, Smith, T, Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school For 4- to-7 year old children with autism; A year comparison controlled study. Journal of Behavior Modification. 26, I, P:49 -68.

36- Exam, S. (2005). The autism sourcebook: Everything you need to know about diagnosis, treatment, coping, and healing. Regan Books.

37- Frith, U. (2003). Autism: Explaining the enigma (cognitive development). Blackwell Publishing.

38- Gilotty, Lisa; Kenworthy, Lauren; Sirian, Lisa; Black, David o. & Wagner, Ann E. (2002). Adaptive skills and executive function in autism spectrum disorders. Child Neuropsychology, 8, 4, 241-248.

39- Hancock, T. B., & Kaiser, A. P. (2002). The effects of trainer implemented enhanced milieu teaching on the social communication of children with autism . Topics in Early Childhood Special Education. 22, 1,39-54.

40- Herbert, M. (1998) Clinical child psychology: Social learning development and behavior. Second edition. Jhon Wiley & Sons. LTD.

41- Howard, J.S., Sparkman,C,R., Cohen, H. G., Green. G., Stainlaw,H.(2005) .A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments of young children with autism- Research in Developmental Disabilities-26.p: 359-383 .

42- Howlin, P (2003). Can early intervention alter the course of autism?. in Novartis Foundation Symposium : Autism : Neural basis and treatment possibilities . Jhon Wliey & Sons, Ltd.

43- Jackson, Carlos T.; Fern, Deborah; Wolf, Julie; Jones, Garland; Hauck, Margaret & Waterhouse, Lynn (2003). Responses and sustained interactions in children with mental retardation and autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 2, 115-122.

44- Jordan, R.(2001). Autistic spectrum disorders: An introductory handbook for practitioners. London: David Fulton Publishers.

45- Kasari, C. (2002). Assessing chang in early intervention programs for children with autism. Journal of autism and Developmental disorders. Vol. 32, No. 5, p: 447-461.

46- Keen, D. (2003). Communicative Repair strategies and problem Behaviors of children with autism- International Journal of Disability, Developmental and Education, 50.1,53-64.

47- Koeger, K. A & Schults, Janent R. (2007). A comparison two group delivered social skills programs of young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37. 808-817.

48- Krantz, Mccla P. (1998). Social intervention skills for children with autism, OJ-Appl Behavior Analogs; 2, 191-202.

49- Kroeger, K. A.; Schultz, Janet R. & Newsom, Crighton (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 808-817.

50- Lainhrt, Janet E. (1999) Psychiatic problems in individuals with autism, their parents and siblings. International review of psychiatry, 11, 4, 257-278.

51- Magyar, C.I., & Pandolfi, V. (2007). Factor structure evaluation of the childhood autism rating scale. Journal of Autism and developmental disorders. 37:1787-1794.

52- Matson, Creighton (1998). Autistic disorder. In: Mash, E. & Barkley, R. (Eds). Treatment of childhood disorders. New York, London: The Guilford Press, 416-452.

53- Miller, A., (2007) The Miller Method. Developmeng the capacities of children on the autism spectrum. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadephia.

54- Moor, J., (2002) Plying, Laughing, and Learning with children on the autism spectrum. A practical resource of play ideas for parents and carers. Jessica Kingsley publishers: London and philadephia.

55- Ozonoff, Sally & Cathcoart, Knstma (1998). Effectiveness of TEACCH program intervention for young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 28, 1,45-54.

56- Pierangelo, R., Giuliani, G., (2008) A Step guide for educators: Teaching students with autism spectrum disorders.

57- Pierangelo, R., Giuliani, G., (2008) A Step-by-step guide for educators: Teaching students with autism spectrum disorders Crowin Press.

58- Roest, Erica R. (2008). A comparative study of fluency training and discrete trail training on the acquisition, stimulus generalization, and retention of noun labels in children with autism. Ph. D., University of Connecticut.

59- Salazer, Smith A. (2004). Increasing social imitation in preschoolers with autism using a combhination of social stories, pictorial cues and role play. Dissertation abstracts international, 65, 7(A, 2492.

60- Scheuerman, Brenda & Webber, Jo (2002). Autism teaching does make a difference. Canada; Wadsworth Group.

61- Schopler E., Reichler, R.J & Rener, B.R,. (2004). The childhood autism rating scale (CARS). Tenth printing. Western psychological Sevices (WPS). U.S.A.

62- Sherer, M.R., & Schreibman, L. (2005). Individual behavioral Profiles as predictors of treatment effectiveness for children with autism. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 37, 3, 525-538.